**外派证明**

**员工\*\*\*，身份证：\*\*\*\*\*\*\*\*，公司名称为\*\*\*\*\*，现员工因工作地变更，需将个人就医关系转移至\*\*\*\*，望给予办理。**

**特此证明**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*公司（盖章）**

**日期：**